

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

786

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

BEURRIER Robert

Né le 11 janvier 1913, à Cusset (Allier)

**Le Rôle du pneumocoque
dans les Ictères Infectieux,
Bénins ou Sévères
chez
les Nourrissons**

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 23

1939

21

887

THE

887

887

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

BEURRIER Robert

Né le 11 janvier 1913, à Cusset (Allier)

**Le Rôle du pneumocoque
dans les Ictères Infectieux,
Bénins ou Sévères
chez
les Nourrissons**

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 23

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.

MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Auxquels je dois tout en
bien faible témoignage de
de toute ma reconnais-
sance.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS LES DOCTEURS :

PIERRE AUZEPY, LOUIS BERGERON,
GEORGETTE BERGERON,
JOSEPH BERGERON (Pharmacien),
S. BRISKAS (Professeur Agrégé),
JACQUES BURGAUD, PIERRE DUMAS,
PIERRE FEUILLETTE, RENÉ JAMES,
ANNE-MARIE MASSON, ANDRÉ ROUCHON,
LABORDERIE BOULOU.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE NOBECOURT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait l'honneur d'en accepter la présidence.

**A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS
STAGES ET EXTERNAT :**

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE SERGENT
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

*Mon premier maître dans
les hôpitaux; son emprein-
te restera pour moi ineffa-
çable et je m'efforcerai de
suivre sans défaillance la
voie où il guida si bien
mes premiers pas. Qu'il
trouve ici l'expression de
ma profonde et respec-
tueuse admiration.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREAU.
Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.
Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL.

MONSIEUR LE DOCTEUR JACOB.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE.
Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FUNCK-BRENTANO.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL MAILLET.
Ancien Chef de clinique médicale des Enfants.

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. BRISKAS.

INTRODUCTION

Qu'il me soit permis au début de cette thèse de rappeler les circonstances qui hâtèrent sa rédaction.

*Une date : Septembre 1939...
les camions de la caserne Mortier ne m'offrir qu'un confort bien restreint pour rédiger un sujet qui aurait mérité une étude approfondie.*

Que Messieurs L. Demonchaux et V. Delannoy trouvent ici l'expression de mes sincères remerciements pour l'aide matérielle précieuse qu'ils m'accordèrent en cette occasion.

L'ictère se rencontre fréquemment chez les nourrissons. Il peut avoir pour origine des causes bien différentes et posséder, suivant la cause qui le produit, une pathologie toute spéciale.

Le but de cette thèse n'est pas de reprendre l'étude des différentes variétés d'ictère du nouveau-né, dont plusieurs sont bien différenciées, mais de nous atta-

cher tout particulièrement à la classe des *ictères d'origine infectieuse* et plus spécialement à celui du *pneumocoque* qui se rencontre avec une extrême fréquence au cours de la seconde et troisième enfance.

Nous éliminerons donc systématiquement de cette étude un ensemble d'entités morbides bien définies :

- les ictères physiologiques ;
- les ictères secondaires à des malformations congénitales ;
- les ictères hérédos-spécifiques ;
- les ictères graves familiaux.

A cette occasion, nous avons recherché dans la littérature, des observations de ce genre, et nous avons pu ainsi étudier après une étude historique succincte :

- le syndrome clinique,
- les facteurs étiologiques,
- le diagnostic,
- l'évolution de cette affection.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre respectueuse reconnaissance et notre profonde gratitude à Monsieur le Professeur Pierre Nobécourt qui a bien voulu nous confier les observations recueillies dans son Service.

HISTORIQUE

Les ictères du nouveau-né, et d'une façon générale ceux de la première enfance, constituent depuis longtemps déjà, un chapitre important de la pathologie hépatique.

Des recherches ont été réalisées sur ce sujet mais il semble que l'on ait négligé les recherches bactériologiques et surtout l'origine de ces ictères.

L'ictère est, en effet, un symptôme assez fréquent au cours des septicémies à pneumocoques.

En 1910, les travaux cliniques de MM. Lemierre et Abrami montrèrent que l'ictère de la pneumonie est dû à la septicémie pneumococcique. Le pneumocoque en même temps qu'ilensemence le poumon, envahit le foie, s'élimine par la bile, réalisant une hépatite pneumococcique descendante.

Depuis longtemps : Meissner en 1869, Henoch en 1885, Barthez et Sanne en 1887, ont signalé le caractère épidémique de cet ictère.

M. le Professeur Nobécourt en 1924, en 1927.

Plus récemment encore, en juillet 1938, MM. les

Professeurs Lereboullet, Lelong et leurs collaborateurs publièrent à la Société de Pédiatrie de Paris, le cas d'un ictère infectieux avec pneumococcémie survenu à la suite d'une rougeole.

Parmi les travaux publiés à l'étranger, on peut citer ceux de MM. Popovici et Iliesco, l'ictère apparaissant après une rhino-pharyngite, ceux de Mikalowski.

ETIOLOGIE

Les ictères infectieux se présentent sous deux formes cliniques :

- l'ictère infectieux grave,
- l'ictère infectieux bénin.

L'ictère grave :

S'observe chez les nouveaux-nés, parfois même il apparaît sous forme épidémique dans les maternités.

Ces cas sont relativement rares et en général, ils apparaissent chez les enfants un peu plus âgés.

MM. Conrado Pelfort et Julio Moreau citent un cas d'ictère grave chez un enfant de 20 mois chez lequel les recherches bactériologiques montrèrent la présence d'entéro-streptocoques et de pneumocoques.

L'ictère bénin :

Beaucoup plus fréquent que le précédent chez les enfants, bien qu'il soit encore assez rare chez les nourrissons.

Henoch en 1885, cite un enfant de 8 semaines, un autre de 3 mois ;

Flesch en 1904, un nourrisson d'un mois ;

Besson en 1909, un de 15 mois ;

Reber en 1930, un de 3 mois.

Dernièrement, en 1935, dans le Service du Professeur Nobécourt, cas publié par Rabbe dans sa thèse.

Tous ces cas apparus soit isolément, soit plus souvent sous forme de petites épidémies, à la suite de grippe.

Ne connaissant pas l'anatomo-pathologie de cet ic-
tère, l'étiologie est difficile à préciser ; d'autre part,
on ne peut être affirmatif attendu que les recherches
bactériologiques ne sont pas faites.

Nous ferons porter notre étude sur deux observa-
tions recueillies dans le Service, dont l'une a déjà fait
l'objet d'une publication antérieure.

PREMIERE OBSERVATION

Jean est fils unique. Sa mère bien portante ; son père paludéen et cardiaque.

Il est né le 7 février 1935, à terme, avec un poids de 3 kgs 190.

Nourri au sein jusqu'à 2 mois, il a de la diarrhée et n'augmente pas de poids. On le met alors au lait sec et au jus d'orange.

Il entre le 30 avril pour un ictère datant de 20 jours ; il est alors âgé de 2 mois 23 jours. Il est petit, mesure 55 centimètres, taille d'un enfant d'un mois 10 jours. Il ne pèse que 4 kgs, poids correspondant au poids moyen pour la taille. Il paraît maigre. Il est apyrétique.

Il présente un ictère généralisé jaune citrin. Les urines contiennent des pigments et des sels biliaires ; les selles sont blanches, mastic. L'abdomen est un peu ballonné, météorisé.

Le foie est gros : sur la ligne mammaire, il mesure 8 centimètres et dépasse de 4 centimètres le rebord costal. La rate mesure 5 centimètres sur 3 centimètres ; son pôle inférieur est palpable. Il y a un petit chapelet costal. La cuti-réaction à la tuberculine, les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives.

L'examen du sang donne :

Hémoglobine %	75
Globules rouges par millimètre cube	4.320.000

Valeur globulaire	0,86
Leucocytes par millimètre cube	3.600
Polynucléaires neutrophiles %	15
Polynucléaires éosinophiles	14
Grands mono	6
Moyens mono	50
Lymphocytes	14
Forme de transition	1

On note donc de la leucopénie et de l'hypo-polynucléose .

Il y a une légère augmentation de la résistance globulaire.

Dans le Service où il est hospitalisé, l'ictère diminue rapidement et le 13 mai, il a disparu. Les selles redeviennent jaunes, les pigments et les sels biliaires disparaissent de l'urine, le foie diminue de hauteur, la rate cesse d'être palpable et ses dimensions sont un peu moindres.

A partir du 4 mai, apparaît un léger état fébrile : la fièvre est irrégulière avec des clochers atteignant jusqu'à 39° 5.

On constate une infection rhino-pharyngé : le pharynx est rouge ; il y a du muco-pus qui tombe sur la paroi postérieure du pharynx. Un prélèvement montre la présence de nombreux pneumocoques.

A partir du 31 mai, l'apyrexie s'installe ; l'enfant a maigri, son poids est tombé à 3 kgs 600 le 7 mai. Puis il augmente et le bébé quitte l'hôpital à 3 mois et 7 jours ; il pèse 4 kgs 400.

DEUXIEME OBSERVATION

Il s'agit d'une fillette de 8 mois et demi.

Dans les antécédents, rien à signaler :

— son père.

— sa mère

— sa sœur de 8 ans

sont bien portants.

La réaction de Bordet-Wassermann a été négative pendant la grossesse.

Elise est née le 28 avril 1938, à terme
son poids était de 4 kgs,

l'accouchement a été normal,

le placenta pesait 820 grs.

Allaitée par sa mère pendant 15 jours, puis mise à l'allaitement mixte avec du lait condensé, puis du lait de vache, elle boit difficilement ; son poids est de :

6 kgs 500 à 4 mois

7 kgs 600 à 8 mois .

Elle n'a pas eu de maladies.

Début : le 8 janvier dernier.

Elle présente de la toux avec une rhino-pharyngite.

La température s'élève à 39-40°.

Elle a un vomissement et une selle jaune.

Le 11 janvier, au quatrième jour de la maladie, elle entre dans le Service :

Elle est âgée de 8 mois et demi.

Sa taille de 71 cms comme à 13 mois.

Son poids 6 kgs 950 est un poids faible pour son âge, la moyenne étant de 8 kgs 150.

Sa température le soir de l'entrée est de 40° 3

— le 12 janvier, de 39° 3 le matin et le soir

— le 13 janvier, de 40° le matin et 39° 3 le soir,

— le 14 janvier, de 39° 4 le matin et 39° 6 le soir.

Elle présente une teinte ictérique qui s'accroît.

— le 15 janvier, la température est de 38° 5-39°.

— le 16 janvier, 38° 6 et 39° 5.

A ce moment, l'ictère est devenu très net, la teinte jaune est généralisée aux téguments et aux sclérotiques : c'est un ictère franc.

Les urines sont foncées, de teinte acajou ; on y trouve en abondance des sels et des pigments biliaires, des urates. Il n'y a pas d'urobiline.

Les selles : chaque jour, une selle jaune, soit spontanée, soit provoquée par un suppositoire.

Malgré la fièvre qui est élevée, il n'y a aucun symptôme de gravité.

D'autre part, on trouve quelques petits signes de rachitisme ; la fontanelle antérieure est ouverte ; l'abdomen est souple ; le foie dépasse le rebord costal de deux travers de doigt ; la rate n'est pas palpable et difficile à percuter.

L'examen du thorax, du cœur, du système nerveux n'apprend rien de particulier.

- La cuti réaction à la tuberculine
- La réaction de Bordet-Wassermann
- la réaction de Kahn

sont négatives.

Le pharynx est rouge ; son ensemencement donne en assez grande abondance des colonies

- de pneumocoques,
- de micrococcus catharrhalis.

L'examen des oreilles fait découvrir une otite moyenne droite ; l'otologiste fait de suite une paracenthèse du tympan.

On note à ce moment un peu de raideur sans symptômes méningés véritables ; la ponction lombaire retire un liquide céphalo-rachidien limpide contenant :

- 1 leucocyte par millimètre cube
- et 0 gramme 20 d'albumine par litre.

Le liquide est donc normal.

Les 18-19 et 20 janvier, la température est toujours autour de 39°, l'état général est très affecté.

L'enfant maigrit : le 20 janvier, son poids n'est plus que de 6 kgs 300.

Il est agité.

Cependant l'ictère diminue.

Le 20 janvier :

On constate de la dyspnée, une respiration fréquente, un pouls très rapide à 190.

L'abdomen est ballonné, dur.

Le foie ne dépasse plus que d'un travers de doigt le rebord costal.

La rate est normale.

Aux bases du thorax, on constate des foyers de râles sous crépitants, et à droite une légère submatité.

Les oreilles, les mastoïdes ne paraissent pas douloureuses à la pression, mais la radiographie des mastoïdes fait porter le diagnostic de début d'une mastoïdite bilatérale.

De suite, on ouvre les mastoïdes qui contiennent du pus.

A la suite de cette intervention, l'enfant est très shocké; le soir, sa température est de 39° 5.

Le 21 janvier :

La température est de 39° 6 et 40°.

Sur toute la hauteur des deux champs pulmonaires, on entend de nombreux râles sous crépitants qui permettent de porter le diagnostic de broncho-pneumonie.

Le 22 janvier :

La température est encore de 40° et 39° 6.

Les jours suivants, elle s'abaisse très lentement avec quelques crochets ; en somme, elle n'arrive guère à la normale.

Le 31 janvier, elle est de 37° 9 et 37° 5.

Le 3 février, elle remonte à 38° 2 et 38° 3.

Le 4 février, elle est à 37° 7.

Pendant ce temps, l'ictère a disparu ; l'état général s'améliore, les mastoïdites évoluent régulièrement et les symptômes pulmonaires régressent.

Mais le 27 janvier, on avait constaté au niveau de la

hanche droite, une grosse tuméfaction. Le chirurgien porte le diagnostic de luxation de la hanche consécutive à une arthrite infectieuse ayant évolué à bas bruit, diagnostic confirmé par la radiographie. La luxation est réduite et l'on fait de l'extension continue.

Le 1^{er} février :

On remplace l'extension continue par un appareil plâtré pour immobiliser l'articulation ; la luxation se reproduit sous le plâtre. L'on reprend l'extension continue.

La ponction de cette articulation ramène des pneumocoques.

Durant toute cette évolution, un examen de sang pratiqué le 17 janvier, au dixième jour de la maladie, donne :

Hémoglobine %	80
Hématies par millimètre cube	4.720.000
Valeur globulaire	0,83
Leucocytes par millimètre cube	28.000
Polynucléaires neutrophiles %	66
Grands mononucléaires	4
Moyens mononucléaires	18
Lymphocytes	8
Monocytes	4

ETUDE CLINIQUE

L'ictère infectieux du nouveau-né présente des stades évolutifs comparables à ceux que l'on rencontre dans la seconde enfance :

- 1° Une phase de début pré-ictérique ;
- 2° Une phase d'ictère.

I. — PHASE DE DÉBUT.

La phase d'invasion se manifeste généralement :
— par des *troubles gastro-intestinaux* ;
— par des *symptômes généraux*.

Les troubles gastro-intestinaux sont :

L'anorexie, les vomissements alimentaires, muqueux ou muco-bilieus qui, tantôt sont rares, tantôt se répètent pendant plusieurs jours et peuvent entraver l'alimentation, la constipation ou la diarrhée avec quotidiennement trois ou quatre selles plus ou moins liquides, muco-grumeleuses, panachées, quelquefois féti-
tides.

Il y a parfois des coliques de l'épigastrique.

L'examen de l'abdomen et des viscères peut révé-

ler une augmentation de volume du foie, mais très souvent rien de particulier.

Les symptômes généraux sont divers et diffèrent suivant les cas.

Parfois quelques frissonnements, une fièvre légère à 38° et 38 °5, de la fatigue, de l'asthénie, de la courbature, de la céphalée, parfois de l'abattement et de la somnolence.

Il y a des formes moyennes, des formes légères, des formes intenses avec fièvre élevée à 39° et 40° et assez souvent des symptômes de rhino-pharyngite.

La durée de la période d'invasion est en moyenne de 2 à 5 jours, quelquefois de 8 à 10 jours.

Cette période peut manquer et l'ictère être le premier symptôme.

II. — PHASE DE L'ICTÈRE.

Débute avec l'apparition de ce symptôme. L'étude clinique permet de dissocier :

A) *Les symptômes cardinaux,*

B) *Les éléments secondaires.*

A) LES SYMPTOMES CARDINAUX :

L'ictère : c'est le symptôme dominant ; il affecte tous les caractères de l'ictère par rétention dans son type d'ictère catharral.

Il colore les téguments et les muqueuses en jaune

clair, puis il fonce peu à peu sans toutefois ne jamais atteindre la teinte olivâtre des formes infectieuses graves.

Ses caractères tinctoriaux le font classer parmi les ictères de type biliphéique.

Le prurit semble très léger et nous n'avons pas noté de lésions de grattages.

L'atteinte hépatique se manifeste par un certain degré d'hépatomégalie : sous la paroi abdominale la main perçoit au niveau de l'hypocondre droit le bord inférieur du foie qui déborde le rebord costal de deux à trois centimètres, cependant que le bord supérieur de la matité hépatique est à sa hauteur normale. Le palper ne réveille aucune douleur. Cette hépatomégalie est réelle puisque le foie revient à son volume antérieur après la guérison.

Parfois comme dans d'autres observations, l'hépatomégalie persiste au décours de la maladie, ou du moins à une phase où les symptômes cliniques et sanguins de l'ictère ont disparu.

Cet ictère s'accompagne d'un ensemble de manifestations digestives.

Les manifestations digestives :

Les selles dont la décoloration constitue un élément cardinal, sont formées d'un mélange de matières

fécales et de sérosité ; elles semblent épaissies, cohérentes ; tantôt franchement blanches, tantôt plus jaunâtres, grumeleuses ou plus fermes, elles donnent l'impression du mastic. Leur abondance est beaucoup plus grande que ne le ferait supposer le régime de l'enfant et son développement physiologique.

Les urines seront recueillies soit par un tube chez les garçons, soit par le procédé du tampon chez la fille. Si leur abondance est difficilement appréciable, elles présentent des caractères macroscopiques nets ; ce sont des urines typiques de rétention biliaire, de coloration foncée teinte acajou et qui contiennent des pigments et des sels biliaires ; assez souvent de l'urobiline, de l'indoxyl. Quelquefois légère albuminurie, il n'y a pas de glycosurie.

Le syndrome humoral :

Sang : Différentes méthodes permettent de prélever le sang au nourrisson : soit par le procédé des ventouses scarifiées, soit par la ponction veineuse au bras, soit par la ponction jugulaire ou mieux par la ponction du sinus longitudinal supérieur.

Examen cytologique :

1° Les globules rouges ne sont pas diminués, nous n'avons pas noté d'anémie, pas d'anomalie dans leur forme (poïkilocytose ou anisocytose), ni dans leurs af-

finités tinctoriales (polychromatophilie) la valeur globulaire est normale ;

2° L'examen des globules blancs, montre une leucopénie très nette mais aussi le pourcentage des différents éléments offre des particularités notables, on observe souvent une mononucléose marquée, leur taux atteint 55 à 60 %. Les éléments granuleux sont nettement diminués ; de plus une éosinophilie nette, dépassant les variations physiologiques de cette époque de la vie ;

3° *La résistance globulaire*, étudiée par les deux méthodes, celle du sang totale et celle des hématies déplasmatisées selon la méthode de Vidal, permet de constater que dans l'ictère catarrhal du nourrisson la résistance globulaire, fait capital, n'est pas diminuée mais au contraire légèrement augmentée. En effet dans les solutions hypotoniques de NaCl l'hémolyse qui normalement débute à 4 et 6 pour mille pour être totale à 3,4 pour mille, dans notre observation, le début se fait à 5,7 pour mille et est totale à 4,6 pour mille alors que dans les ictères hémolytiques on obtient l'hémolyse au-dessus de 5 pour mille. L'augmentation de la résistance globulaire serait attribuée à l'hypercholestérinémie, 2 à 3 grammes par litre ;

4° Bien que les plaquettes n'aient jamais été nu-

mérées, on ne remarque pas dans les ictères catarrhaux infectieux de pétéchies ou de taches purpuriques et il est vraisemblable que leur nombre reste normal ;

5° Les réactions biologiques se sont montrées négatives. Le B. W. doit être toujours pratiqué et c'est un élément majeur du diagnostic, cependant il serait souhaitable de recourir à des réactions plus sensibles : Verner, Kahn, etc.

B) LES ÉLÉMENTS SECONDAIRES :

Appareil lymphoïde : on ne note pas d'adénopathie mais la rate est légèrement hypertrophiée et l'on L'urée est quelquefois un peu augmentée.

peut la palper. Cette splénomégalie n'est d'ailleurs que transitoire.

Appareil vasculaire : n'est pas touché, et la bradychardie n'est notable qu'en tenant compte du rythme cardiaque physiologique de l'enfant qui est accéléré. Dans certaines observations on signale un pouls ralenti aux environs de 70 pulsations par minute. La tension artérielle et le cœur ne présentent rien de particulier.

Appareil pulmonaire

Système nerveux

ne sont pas modifiés.

Etat général est assez touché car on constate chez un grand nombre d'enfants une chute de poids assez impressionnante. Généralement la fièvre est légère, 38°-38° 5, elle persiste deux ou trois jours puis revient rapidement à la normale.

Quelquefois la fièvre est élevée, atteint 39° et plus et est persistante.

Parfois le malade est apyrétique.

EVOLUTION

La période d'ictère est souvent courte : elle est terminée en 2, 10 ou 15 jours. L'ictère commence alors à diminuer, puis disparaît. Les selles se recolorent, les urines deviennent moins foncées, plus abondantes ; parfois se produit même une véritable crise urinaire. Peu à peu, les pigments et sels biliaires diminuent.

A ce moment, l'enfant perd assez souvent du poids du fait de l'élimination de l'eau retenue jusqu'alors dans les tissus.

Des ictères prolongés durant plusieurs semaines et même des mois, existent mais ils sont rares.

La durée totale de la maladie est de 10, 15 ou 20 jours.

Pronostic : La convalescence est courte et la guérison la règle.

Cependant, on peut voir survenir des rechutes, une dizaine ou une quinzaine de jours après la terminaison.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif s'établit par la preuve bactériologique. Le rôle du pneumocoque ne semble pas aussi difficile à mettre en évidence, bien que la pneumococcémie soit souvent transitoire et précède le début de l'ictère comme c'est le cas pour l'une de nos observations.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

1°) *L'ictère physiologique du nouveau-né :*

Début dans les premiers jours de la vie;
associé à l'érythrodermie;
absence de tout signe pathologique.

2°) *Malformations congénitales du nouveau-né :*

Apparaît très précocement;
s'accompagne d'hémorragies.

3°) *Hérédo-spécifique :*

Aucun signe de certitude; y penser lorsque
l'ictère persiste après le 15^e jour;
Gros foie — grosse rate;
Parfois forme ictéro-hémorragique;
Rechercher les autres signes de spécificité.

4°) *L'ictère toxique :*

Rechercher dans les antécédents, traitement antérieur.

5°) *L'ictère hémolytique* :

Cholémie à la naissance.

6°) *L'ictère du nouveau-né* :

par cholémie familiale de diagnostic facile.

Le tableau de l'ictère infectieux bénin provoqué par le pneumocoque est bien différent de celui de l'ictère grave qui présente des syndromes nerveux et hémorragiques importants.

Les deux observations rapportées plus haut, nous permettent de mettre en lumière le rôle joué par le pneumocoque dans la production de certains ictères infectieux.

Il faut penser à l'intervention possible de ce germe en présence d'un ictère très fébrile, à début brusque, précédé ou accompagné de symptômes de rhinopharyngite, qui paraît être primitif.

Ces ictères infectieux primitifs sont du même ordre que les ictères secondaires qui surviennent au début ou au cours des pneumonies.

Dans la première éventualité, les pneumocoques se greffent uniquement dans le foie et respectent le poumon; dans la seconde, ils se greffent à la fois dans le poumon et dans le foie.

CONCLUSIONS

I. — L'ictère infectieux qu'il soit bénin ou grave est assez rare chez le nourrisson; il semble que, dans la majorité des cas, le pneumocoque en soit responsable.

Cliniquement, cet ictère se présente sous les caractères d'une pneumococcie soit bénigne, soit grave.

II. — L'ictère peut apparaître au cours d'une affection rhino-pharyngée discrète, il semble être primitif. Le plus souvent, il s'installe pendant l'évolution ou à la suite d'une infection pneumococcique caractérisée : rhino-pharyngite, pneumonie (ictère pneumococcique) broncho-pneumonie.

III. — Le diagnostic de l'ictère infectieux à pneumocoques est porté grâce aux constatations cliniques et bactériologiques. Il faut toujours rechercher le pneumocoque dans le rhino-pharynx.

IV. — Le pronostic est favorable dans la grande majorité des cas. Il dépend de l'état général du malade et de la virulence du germe.

Vu
Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu
Le Président de la Thèse :
NOBECOURT

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Livres et périodiques consultés :

BESSON. — Contribution à l'étude des ictères de la première enfance. (*Thèse Montpellier* 1909).

GRANCHER-COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.

LEMIERRE. — Les maladies infectieuses : septicémies pneumococciques, 1933.

LEREBoullet, LELONG, ROUDINESCO et BERNARAL. — Ictère infectieux survenu avec pneumonie au cours d'une rougeole. (*Société de Pédiatrie*, juillet 1938).

MIKALOWSKI. — Ictère infectieux. (*Revue française de Pédiatrie*, 1925).

NOBÉCOURT (P.), CATHALA, HUTINEL, BABONNEIX. — Traité de médecine des enfants.

NOBÉCOURT (P.), LIÈGE. — L'ictère catarrhal chez les enfants. (*Nutrition*, 1932, n° 1).

NOBÉCOURT (P.). — Ictère infectieux bénin au début d'une infection sévère à pneumocoques chez une fille de 8 mois.

— L'ictère catarrhal chez l'enfant. (*Concours médical*, 14 décembre 1924.)

— Rôle des infections à pneumocoques dans l'étiologie des ictères infectieux bénins ou graves chez les enfants. (*Medizina Dwutzedrck*. Varsovie, 12 juillet 1939).

CONRADO PELFORT et JULIO MOREAU. — Icteria grave en un nino de 20 mese. (*Archivos de Pediatria del Uruguay*, février 1930).

POPOVICI LUPU et EUGÈNE ILIESCO. — Icterus (catarrhalis) (*Acta Pédiatrica*, 1930).

RABBE PIERRE. — Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal du nourrisson. 1935.

WALLGREN ARVID. — Erfahrung über epidemischen Icterus.

Bulletin de Pédiatrie.

Bulletins et mémoires de la société médicale des Hôpitaux.

Encyclopédie médico-chirurgicale : Pédiatrie, tome II.

The British journal of children diseases, 1919.

Médecine des Enfants Archives.

Revue française de Pédiatrie : Epidémie d'ictères infectieux bénins infantiles, 1933.

Concours médical 4 juin 1939.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Etiologie	13
Première observation	15
Deuxième observation	17
Etude clinique	22
Evolution	29
Conclusions	32
Bibliographie	33

Imprimerie Spéciale
de la
Librairie Vigot Frères

